	***E**STADO DA **B**AHIA* Secretaria da Saúde Grupo de Trabalho de Chagas - Diretoria de Vigilância Epidemiológica - DIVEP - SESAB/SUVISA/DIVEP/CODTV/CH	**NOTA TÉCNICA**

PROCESSO:	019.9128.2026.0161466-67
ORIGEM:	DIVEP/LACEN/DASF/SUVISA
OBJETO:	NOTA TÉCNICA

Interessado:	NRS / Regionais de Saúde / Profissionais de saúde da rede pública e privada
Assunto:	Nota Técnica Conjunta nº 27/2026 DIVEP/DASF/LACEN/SAFTEC/SUVISA/SESAB - Orientações para o diagnóstico, tratamento e fluxo de acesso aos medicamentos para doença de Chagas no Estado da Bahia.

1. BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO

A doença de Chagas (DC) é uma enfermidade causada pelo protozoário *Trypanosoma cruzi (T. cruzi)*. Apresenta elevada prevalência e expressiva morbimortalidade no Brasil, constituindo importante problema de saúde pública. A ocorrência de casos suspeitos de Doença de Chagas Aguda (DCA) requer imediata notificação com registro no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Casos suspeitos de Doença de Chagas Aguda (DCA) devem ser notificados imediatamente aos municípios e estados, no prazo máximo de 24 horas.

É importante destacar que os possíveis casos por transmissão vertical identificados até os 3 anos de idade devem ser notificados como DCA. Além disso, os surtos por transmissão oral da doença devem ser notificados através da Ficha de Investigação de Surto (DTA) no SINAN, juntamente com a inserção da ficha individual de cada caso suspeito de DCA.

Ressalta-se que a Portaria GM/MS nº 1.061, de 18 de maio de 2020, incluiu a Doença de Chagas Crônica (DCC) na lista de doenças, agravos e eventos de saúde pública de notificação compulsória, fortalecendo as medidas de vigilância, prevenção e controle desse agravo no país, reafirmada pela **Portaria GM/MS nº 10.175, de 23 de janeiro de 2026**. A notificação foi inserida pelo Ministério da Saúde em 2023, **no e-SUS Notifica**. Nesse contexto, reiteramos que a notificação dos casos crônicos da doença já está disponível e todos os casos deverão ser notificados após confirmação do diagnóstico.

2. DOENÇA DE CHAGAS AGUDA (DCA)

Nessa fase, a suspeição se baseia na presença de sinais e sintomas sugestivos de DC e/ou na presença de fatores determinantes e condicionantes epidemiológicos (mesmo na ausência de sinais e sintomas), que cursa com sintomatologia frequentemente não específica, como febre, mal-estar e astenia, ou é simplesmente assintomática ou com poucos sintomas (Quadro 1).

Quadro 1 - Sinais e sintomas para doença de Chagas aguda

O sinal mais característico é febre persistente (por mais de 7 dias), que pode persistir por até 12 semanas. Esta fase, mesmo não tratada nem diagnosticada, pode evoluir com desaparecimento espontâneo da febre e da maior parte das outras manifestações clínicas, evoluindo para a fase crônica.	
SINTOMAS INESPECÍFICOS	prostração, diarreia, vômitos, inapetência, cefaleia, mialgias, aumento de linfonodos;
	exantema cutâneo, com ou sem prurido e de aparecimento fugaz;
	irritação em crianças, que apresentam frequentemente choro fácil e abundante.
SINTOMAS ESPECÍFICOS	sinais e sintomas de miocardite difusa com vários graus de gravidade;
	sinais de pericardite, derrame pericárdico, tamponamento cardíaco;
	manifestações sindrômicas de insuficiência cardíaca, derrame pleural;
	edema de face, de membros inferiores ou generalizado;
	tosse, dispneia, dor torácica, palpitações, arritmias;
	hepatomegalia e/ou esplenomegalia, de leve a moderada intensidade.

Fonte: Guia de Vigilância em Saúde , MS (2024).

Quando ocorre a infecção por transmissão vetorial, pode ter como porta de entrada a conjuntiva ocular (sinal de Romaña - edema bipalpebral unilateral), a pele (chagoma de inoculação - lesões furunculóides, não supurativas, em membros, tronco e face), como também, não ser identificado sinal da porta de entrada da infecção. É importante destacar que a picada de um triatomíneo pode desencadear reações alérgicas, tanto locais quanto sistêmicas, sem que isso indique, necessariamente, infecção por *T. cruzi.*

Na transmissão oral, a infecção pelo *Trypanosoma cruzi* ocorre pela ingestão de alimentos ou bebidas contaminados com o parasito. Os surtos investigados evidenciam, em alguns casos, maior frequência e gravidade das manifestações clínicas, incluindo exantema cutâneo, icterícia, hemorragia digestiva, elevação das aminotransferases e comprometimento cardíaco, com possibilidade de miocardite e insuficiência cardíaca. Podem ocorrer ainda enterite, dor abdominal ou abdome agudo, sangramento gastrointestinal, hepatite e choque, devendo essas manifestações ser investigadas e monitoradas.

A morbimortalidade da DCA por transmissão oral pode ser mais elevada que nos casos agudos de transmissão vetorial. Nos casos graves, podem ocorrer miocardite, insuficiência cardíaca, arritmias, choque e meningoencefalite, especialmente em lactentes e pessoas imunodeprimidas, incluindo situações de reativação da infecção. Ressalta-se que todo caso suspeito de DCA deve ser notificado no SINAN e realizar os exames diagnósticos em período oportuno.

3. DOENÇA DE CHAGAS CRÔNICA (DCC)

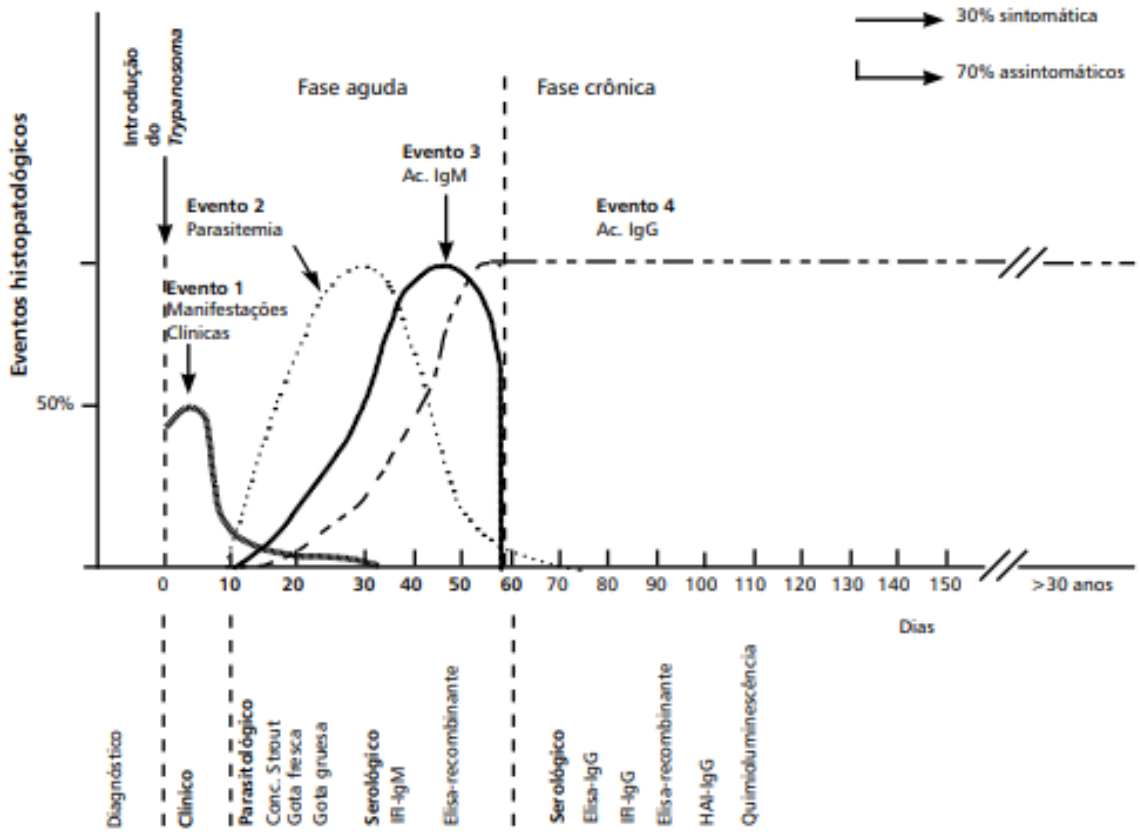
Nessa fase, a parasitemia é baixa, intermitente e inicialmente assintomática e sem sinais de comprometimento cardíaco e/ou digestivo, podendo ocorrer nas seguintes formas:

- Forma crônica indeterminada (FCI): paciente assintomático, sem comprometimento sistêmico, podendo persistir por toda a vida ou evoluir para o agravamento da doença. Pacientes na FCI precisam de seguimento clínico e eletrocardiográfico anual.

- Forma cardíaca: evidências de acometimento cardíaco, muitas vezes evoluindo para quadros de miocardiopatia dilatada e insuficiência cardíaca congestiva (ICC). Ocorre em cerca de 30% dos casos crônicos, responsável pela maior frequência de óbitos.
- Forma digestiva: evidências de acometimento do aparelho digestivo que pode evoluir para megacólon e/ou megaesôfago. Ocorre em cerca de 10% dos casos crônicos.
- Forma associada ou mista (cardiodigestiva): apresenta ocorrência simultânea de lesões compatíveis com as formas cardíacas e digestivas.

4. DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

Recomendam-se exames laboratoriais, conforme **fase** clínica da doença (Figura 1).



Fonte: Guia de Vigilância em Saúde (2019).

4.1 Fase Aguda

4.1.1. Método parasitológico direto

O exame parasitológico direto é o mais indicado nessa fase, pois determina a presença de parasitos circulantes, demonstráveis no exame direto do sangue periférico. Se o resultado do exame for negativo na primeira coleta, novas coletas precisam ser realizadas semanalmente até a confirmação do caso e/ou desaparecimento dos sintomas da fase aguda, ou confirmação de outra hipótese diagnóstica. Caso os exames parasitológicos sejam negativos, deve-se coletar nova amostra de sangue para realização de sorologia, conforme orientação do item a seguir.

Para diagnóstico via parasitológico direto, a amostra deve ser coletada a partir do décimo dia da possível infecção. Recomenda-se a coleta de, pelo menos, duas

amostras de sangue para realização do parasitológico direto, preferencialmente nos primeiros 30 dias da infecção (período preferencial para diagnóstico da fase aguda), seguindo as metodologias descritas no Quadro 2.

Quadro 2 - Métodos parasitológicos diretos

Pesquisa a fresco de tripanossomatideos (gota da lâmina)	De execução rápida e simples, sendo mais sensível que o esfregaço corado. A situação ideal é a realização da coleta com paciente febril e dentro de 30 dias do início de sintomas. Se o resultado da pesquisa for negativo e a suspeita clínica persistir, recomenda-se nova coleta de 12 a 24 horas da primeira.
Métodos de concentração (gota espessa de creme leucocitário)	Tem rápida execução e baixo custo, são eles: Strout, micro hematócrito e creme leucocitário. Recomendados como primeira escolha de diagnóstico para casos sintomáticos com mais de 30 dias de evolução, devido ao declínio da parasitemia com o decorrer do tempo. As amostras de sangue devem ser examinadas dentro de 24horas, devido a possível lise dos parasitos.
Lâmina corada de gota espessa ou de esfregaço (distensão sanguínea)	Possui menor sensibilidade dos métodos citados, sendo realizado prioritariamente na região da Amazônia legal, em virtude da facilidade de sua utilização simultânea com o diagnóstico da malária. Esses casos de elevada parasitemia (fase aguda da doença, na transmissão transfusional e em pessoas com comprometimento imunológico) pode ser achado casual no exame de esfregaço para contagem diferencial de leucócitos.

Fonte: Guia de Vigilância em Saúde (2024).

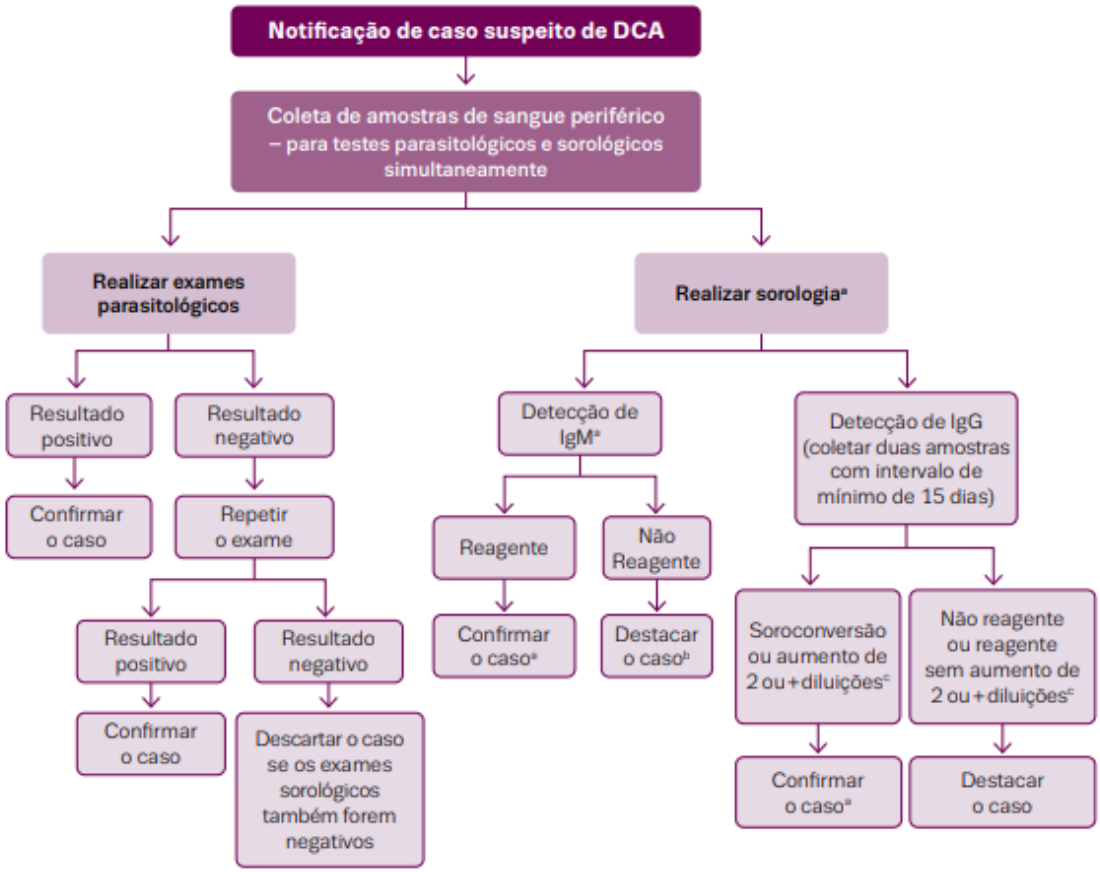
4.1.2 Métodos sorológicos / indiretos para fase aguda

- Detecção de anticorpos anti-*T.cruzi* da classe IgM – técnica complexa que pode apresentar resultados falso-positivos em doenças febris. Deve ser realizada quando o paciente apresentar clínica compatível com DCA e história epidemiológica sugestiva e, sendo mais adequada na fase aguda tardia, preferencialmente após o 15º dia após o início dos sintomas, podendo haver coleta até o 50º dia da possível transmissão. Para detecção de IgM, recomenda-se a técnica de imunofluorescência indireta (IFI), realizada pelo Laboratório de Referência Nacional (LRN). Esses métodos são complementares ao parasitológico direto e precisam sempre ser colhidos em casos suspeitos ou confirmados de DCA e enviados ao Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN).

- Detecção de anticorpos anti -*T. cruzi* da classe IgG – para confirmação, são necessárias duas coletas com intervalo mínimo de 15 dias entre elas, sendo preferencial a execução pareada (inclusão da 1ª e da 2ª amostra no mesmo ensaio). É considerado um marcador de infecção pela interpretação da soroconversão ou aumento de dois ou mais títulos na detecção do IgG das duas amostras pareadas. Exemplos de variação com duas ou mais diluições: a primeira amostra com título de 1:80 e a segunda amostra com título de 1:320; a primeira amostra com título de 1:160 e a segunda amostra com título de 1:640.

Os métodos utilizados são: imunoenzimático (ELISA), a Quimioluminescência (CLIA), a imunofluorescência indireta (IFI) e a hemaglutinação indireta (HAI).

Figura 2 - Fluxograma para confirmação e/ou descarte de caso de Doença de Chagas Aguda pelo critério laboratorial:



Fonte: DEDT/SVSA/MS (2024).
a. A confirmação pelo critério sorológico deve ser avaliada criteriosamente levando em consideração o intervalo entre as datas de início de sintomas e a coleta da amostra de sangue, além de evidências clínicas e epidemiológicas.
b. Na detecção de IgM: confirmar o caso somente após a avaliação da sorologia por IgG. Considerar sororreagente para IgM o título ≥1:40, e para IgG ≥1:80 com incremento em 2 diluições em amostras pareadas.
c. Exemplo de reagente com duas ou mais diluições: primeira amostra com valor de títulos 1:80, e segunda amostra com valor de títulos 1:320.

4.1.3 Diagnóstico diferencial na fase aguda

Considerar: leishmaniose visceral, malária, dengue, febre tifoide, toxoplasmose, mononucleose infecciosa, esquistossomose aguda, infecção pelo vírus coxsakie , sepse e doenças autoimunes e doenças que podem cursar com eventos íctero-hemorrágicos,como leptospirose, dengue e outras arboviroses, meningococcemia, sepse, hepatites virais, febre purpúrica brasileira, hantaviroses e rickettsioses.
É necessário prestar atenção ao diagnóstico diferencial da Doença de Chagas Crônica na forma gastrointestinal, onde, outras condições podem ser consideradas a exemplo de: acalasia primária idiopática, amiloidose, sarcoidose, neurofibromatose, gastrenterite eosinofílica, coinfecção por Helicobacter pylori, refluxo e tumores, conforme a síndrome clínica apresentada. Nos casos de constipação, é importante investigar a possível associação com malignidades, distúrbios metabólicos, amiloidose e esclerose sistêmica.

4.1.4 Exames laboratoriais complementares na fase aguda

- Hemograma completo com plaquetas;
- Eletrocardiograma (ECG);
- Radiografia de tórax;
- Testes de função hepática: são importantes marcadores para verificação do acometimento hepático, especialmente em casos de doença de Chagas aguda por transmissão oral. As aminotransferases (AST e ALT) frequentemente aparecem elevadas. Bilirrubinas (totais e frações) também podem estar alteradas, com ou sem

icterícia visível. Tempo de protrombina (TAP ou TP) prolongado sugere dano hepático;

- Provas de coagulação (TTPA): devem ser realizadas sempre que possível, especialmente nos casos com acometimento hepático importante ou manifestações hemorrágicas;
- Endoscopia digestiva alta: indicada em casos de dor epigástrica intensa refratária ao tratamento específico ou na vigência dos seguintes sinais de alarme: hematêmese (vômito de sangue), melena (sangue nas fezes), vômitos persistentes, disfagia ou anemia;
- Ecocardiograma;
- Exame do liquor cefalorraquidiano: somente na suspeita clínica de meningoencefalite.

ATENÇÃO: Em caso suspeito de Doença de Chagas Aguda (DCA), após a notificação no SINAN, deverá ser encaminhada amostra de sangue total, acompanhada de cópia da ficha de notificação, para realização do exame parasitológico direto e/ou coleta de soro para sorologias (itens 4.1.1 e 4.1.2), devidamente cadastradas no GAL.

Para subsidiar o diagnóstico laboratorial da doença de Chagas, o Manual de Coleta – Volume 1 contempla orientações referentes à coleta, acondicionamento, transporte e recepção de amostras biológicas. Já o Manual de Coleta – Volume 3 reúne informações relacionadas aos exames laboratoriais vinculados às investigações conduzidas pela Vigilância Epidemiológica.

Os documentos estão disponíveis nos seguintes endereços eletrônicos:
Volume 1:
https://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2025/03/06.03.25Manual-CAT.pdf
Volume 3:
https://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2026/04/31.03.26Manual-CLAVEP-1.pdf

4.2 Fase Crônica

Nessa fase, o diagnóstico é sorológico, e, por dois métodos baseados em princípios distintos tendo disponíveis os ensaios de ELISA, CLIA, IFI e HAI. O caso é confirmado quando pelo menos dois testes (distintos) são reagentes, sendo o ELISA, preferencialmente, um destes.

Quadro 3 - Orientações para o diagnóstico da DC crônica (adaptado)

Fase da Doença	TESTE DIAGNÓSTICO
Crônica (diagnóstico inicial)	Combinação de dois testes baseados em princípios distintos ou com diferentes preparações antigênicas, que podem ser: ELISA*, CLIA.IFI ou HAI.
Crônica (sorologias discordantes)	Realizar um terceiro teste com diferentes amostras de sangue, que pode ser: ELISA*, CLIA, IFI ou HAI.

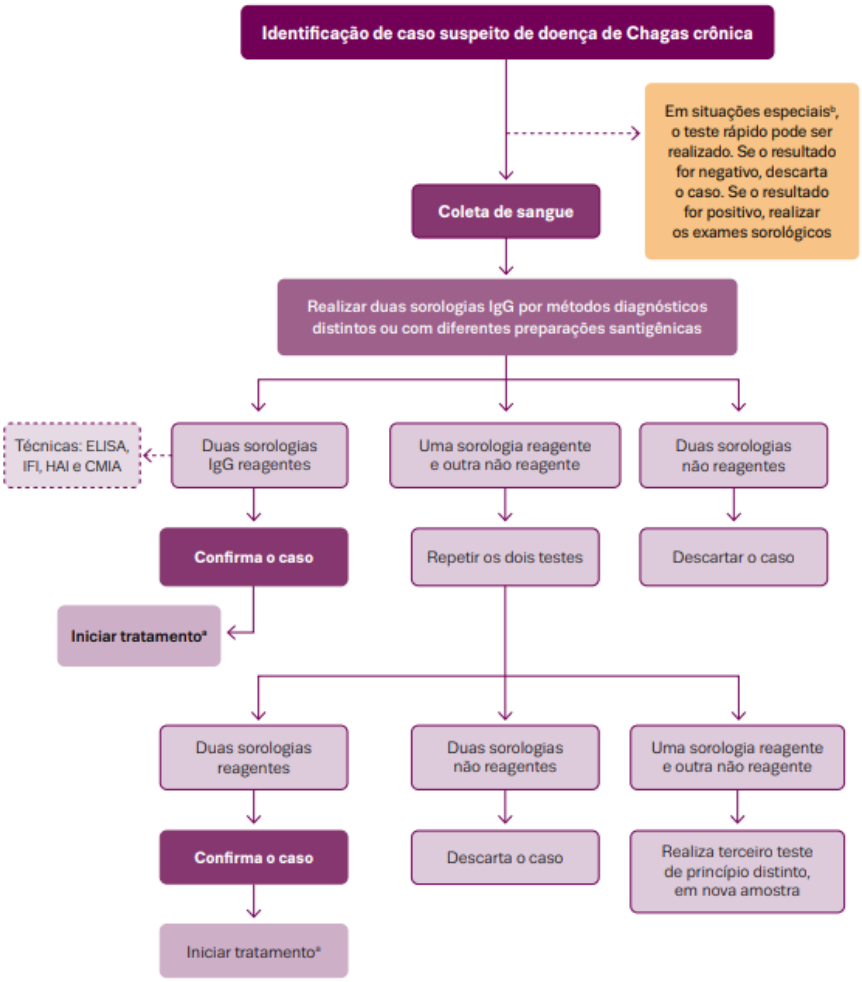
Fonte: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Doença de Chagas – PCDT (2018).

*Pode utilizar a combinação de dois testes ELISA, mas com preparações antigênicas diferentes.

IMPORTANTE! Em resultados discordantes, sem a confirmação de dois testes

reagentes será realizado um terceiro teste na mesma amostra, a fim de viabilizar o diagnóstico laboratorial em tempo oportuno, mesmo que seja recomendada a realização do terceiro teste em uma nova amostra. Em pacientes com teste reagente somente em 1 metodologia (e duas não-reagentes) o acompanhamento desses pacientes deve ser realizado por período de pelo menos 6 meses, com repetição da sorologia no 6º mês, considerando a primeira coleta.

Figura 3 - Fluxograma para confirmar ou descartar casos suspeitos de doença de Chagas crônica, segundo critério laboratorial.



[a] O tratamento é indicado seguindo as recomendações do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Doença de Chagas.

[b] Testes rápidos podem ser utilizados como triagem inicial em cenários sem uma rede laboratorial adequada, com difícil acesso aos serviços de saúde, e em gestantes com suspeita de doença de Chagas durante o pré-natal ou em trabalho de parto.

4.3 Exames complementares gerais para Doença de Chagas

Para análise da situação de saúde de pessoas com DCA, recomenda-se a realização de exames laboratoriais complementares:

- Hemograma completo, urinálise, provas de função hepática, radiografia de tórax, eletrocardiografia convencional, provas de coagulação, endoscopia digestiva alta, ecodopplercardiografa; exame do líquor (somente em indicações específicas).

Para pessoas com DCC, recomenda-se para avaliação inicial:

- Eletrocardiograma (ECG) e Radiografia de tórax. Pessoas na forma crônica indeterminada deverão realizar ECG uma vez por ano por toda a vida.
- Em ECG com alterações cardíacas: Ecocardiograma e, se possível, Holter.

• Nas suspeitas de megacólon e/ou megaesôfago: enema opaco e radiografia contrastada do esôfago, respectivamente.

IMPORTANTE! Exames adicionais ou modificações na rotina de exames poderão ser realizadas, conforme a presença de comorbidades.

4.4 Diagnóstico da gestante

Considerando o grau de risco e o índice de vulnerabilidade para doença de Chagas no estado da Bahia, recomenda-se realização de avaliação sorológica para infecção por *T.cruzi* para as gestantes residentes em região endêmica para doença de Chagas no estado, preferencialmente na primeira consulta do pré-natal. A transmissão da doença pode ocorrer em qualquer momento da gravidez e o diagnóstico oportuno nessa fase propicia atenção qualificada à gestante infectada, que precisa de acompanhamento durante toda a gestação.

Além das gestantes residentes em áreas endêmicas, recomenda-se que o profissional de saúde avalie a necessidade de solicitação da sorologia para doença de Chagas sempre que houver suspeita epidemiológica, considerando, entre outros aspectos, histórico familiar de doença de Chagas, procedência ou residência atual ou pregressa em área de risco para transmissão, relato de presença de triatomíneos no domicílio ou peridomicílio e condições de vulnerabilidade socioambiental que possam favorecer a exposição ao vetor.

4.5 Diagnóstico no recém-nascido

O exame parasitológico do recém-nascido de mãe sororreagente deve ser realizado prioritariamente nos 10 primeiros dias de vida. Se o resultado for positivo, a criança será submetida imediatamente ao tratamento específico.

Para os casos de recém-nascidos com exame parasitológico negativo e sem sintomas sugestivos de DCA, recomenda-se retorno a partir dos 9 meses para realização de dois testes sorológicos de pesquisa de anticorpos *anti-T. cruzi* da classe IgG. Antes disso, o resultado poderá sofrer interferência da imunidade passiva. Em sorologias negativas, descarta-se transmissão vertical; na discordância entre os resultados dos testes, um terceiro teste de princípio diferente deve ser realizado para diagnóstico.

4.6 Diagnóstico nos casos de reagudização

Definição e critérios diagnósticos de reativação

Considera-se reativação, o indivíduo previamente diagnosticado na fase crônica da doença, com detecção do parasito em exame direto de sangue ou secreções biológicas, associado a meningoencefalite e/ou miocardite aguda.

Exames indicados:

• Parasitológicos diretos: identificação do parasito em sangue ou secreções (líquor, pleura, pericárdio, líquido ascítico, entre outros). A sensibilidade é maior na pesquisa em creme leucocitário, micro-hematócrito ou sedimento de líquidos biológicos, em comparação ao exame a fresco ou esfregaço. A gota espessa apresenta maior complexidade técnica e deve ser realizada apenas por profissional treinado.

• Histopatológicos: análise de lesões teciduais (paniculite, miocardite, encefalite,

enterite, colpite etc.), com presença de ninhos do parasito em meio a infiltrado inflamatório agudo.

5. TRATAMENTO

Para o tratamento da DC é disponibilizado pelo Ministério da Saúde os medicamentos benznidazol e nifurtimox. O benznidazol é o medicamento de primeira escolha disponível e o mais utilizado no Brasil. O nifurtimox pode ser utilizado em casos de intolerância ou sem resposta ao benznidazol, mas apresenta mais efeitos adversos que o benznidazol, na ordem de 85%.

Objetivos do tratamento etiológico: curar a infecção, prevenir lesões orgânicas ou sua evolução e diminuir a possibilidade de transmissão de *T. cruzi.*

Indicação: o benznidazol para todos os casos em fase aguda e de reativação da doença. Na fase crônica, a indicação do tratamento depende da forma clínica e deve ser avaliada caso a caso, com maior benefício na forma indeterminada, especialmente crianças, adolescentes e adultos até 50 anos de idade.

Na fase crônica da doença de Chagas, o uso do nifurtimox não é recomendado de rotina, devido ao número limitado de estudos, à menor disponibilidade no país e à maior ocorrência de eventos adversos. Contudo, pode ser considerado em situações específicas, como em crianças, adolescentes e adultos jovens com infecção recente e intolerância ao benznidazol, conforme avaliação individual e recomendações do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Doença de Chagas – PCDT (2018).

A partir do tratamento espera-se redução da parasitemia e da reativação da doença, melhoria dos sintomas clínicos, aumento da expectativa de vida, diminuição de complicações clínicas e aumento da qualidade de vida. Além disso, por se tratar de uma doença relacionada à vulnerabilidade social, a adequada abordagem da DC, potencialmente, reduzirá iniquidades em saúde para a população, superando o caráter de doença negligenciada.

Quadro 4 - Posologia do tratamento antiparasitário na doença de Chagas

Medicamento	Público	Posologia
Benznidazol (primeira escolha), comprimidos de 100mg (adulto) e 12,5 mg (criança). Na ausência de formulação pediátrica, realizar manipulação do comprimido de 100mg para ajuste da dose, caso necessário.	**Adulto**	**(1)** 5mg/Kg/dia, 1 a 3 x/dia, por 60 dias ou **(2)** 300mg/dia, em 2 a 3 doses diárias pelo número de dias, equivalente ao peso do indivíduo. Em ambos, máximo de 80 dias de tratamento.
	Pediátrico	5 a 10 mg/Kg/dia, 2 x/dia, por 60 dias.
Nifurtimox, comprimido de 120 mg (alternativa a intolerância ou que não respondam ao tratamento com o benznidazol).	**Adulto**	10mg/Kg/dia, 3 x/dia, por 60 dias
	Pediátrico	15 mg/Kg/dia, 3 x/dia, por 60 dias.

Fonte: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Doença de Chagas - PCDT (2018).

Nota: Em pessoas a partir de 60 kg, pode-se estender o tempo de tratamento para atingir a dose alvo, mantendo o limite máximo de 300 mg/dia, a fim de reduzir eventos adversos (opção terapêutica 2, Quadro 4). Nesses casos, recomenda-se benznidazol 300 mg/dia pelo número de dias correspondente ao peso corporal, até o limite de 80 dias (ex.: indivíduo de 70 kg → 300 mg/dia por 70 dias).

- Em crianças, que exibem melhor tolerância, a dose utilizada é de 5 a 10 mg/kg/dia, dividida em duas tomadas diárias, por 60 dias.
- O tratamento dos casos nas formas indeterminadas, leves ou sem complicações, deve ser feito em unidade ambulatorial (unidade básica de saúde, unidade de saúde da família, centros de saúde), por médico clínico geral com conhecimento da DC e sobre o medicamento. Os casos de DC com complicações como, cardiopatia aguda grave, sangramento digestivo, intolerância ou reações adversas (dermopatia grave, neuropatia, lesões em mucosa, hipoplasia medular), devem ser encaminhados para unidades de complexidade maior.
- O benefício de tratamento é incerto para pacientes com mais de 50 anos de idade. Todavia, pode ser considerado, principalmente para pessoas infectadas na vida adulta, que possuem maior expectativa de vida e ausência de comorbidades. A decisão quanto ao tratamento deve ser decidida entre médico e paciente.

5.1 Tratamento Empírico

De acordo o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (2018), a possibilidade do tratamento empírico para casos suspeitos de doença de Chagas aguda pode ser considerado. Contudo, é importante destacar:

• Histórico de presença de barbeiro na residência e/ou identificação do vetor, associado a febre e em especial, sinais e sintomas de: miocardite; pericardite; derrame pericárdico; tamponamento cardíaco; manifestações sindrômicas de insuficiência cardíaca; derrame pleural; sinais de porta de entrada da infecção (sinal de Romaña; chagoma de inoculação).

• Havendo indicação do tratamento no momento da avaliação, sem diagnóstico laboratorial, o caso deve ser comunicado a DIVEP/GT Chagas, para direcionamento de avaliação por consultor médico da instituição. Esses casos serão orientados pelo GT Chagas/Regional de Saúde para melhor direcionamento da conduta, devendo ser realizada coleta oportuna das amostras de sangue para diagnóstico, que precisam ser encaminhadas obrigatoriamente para o LACEN.

• Os números dos cadastros das referidas amostras devem ser encaminhados ao GT Chagas/DIVEP, para acompanhamento junto ao LACEN do resultado. Em caso de suspensão da indicação do tratamento, a devolução, o remanejamento ou o descarte do medicamento não utilizado deverão seguir as orientações do item 5.4.

• Na possibilidade de tratamento empírico, este será baseado nas orientações do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Doença de Chagas - PCDT (2018).

• Ressalta-se que não há indicação de tratamento profilático de rotina para doença de Chagas. As situações relacionadas a acidentes laboratoriais deverão ser avaliadas individualmente, conforme as orientações apresentadas no item 5.2.

Nos casos de tratamento empírico, o GT Chagas/DIVEP ou a respectiva Regional de Saúde deverá avaliar a solicitação e comunicar seu posicionamento à Assistência Farmacêutica Regional. O medicamento somente poderá ser fornecido após o recebimento da manifestação favorável do GT Chagas ou da respectiva Regional de Saúde.

5.2 Tratamento em situação de acidente laboratorial

Não existem estudos controlados ou observacionais envolvendo transmissão da doença de Chagas por acidentes laboratoriais, somente relatos de casos na literatura, não havendo consenso, inclusive, no tempo de uso do benznidazol.

Acidentes considerados potencialmente de alto risco para transmissão podem ser incluídos como:

- Perfurocortantes a partir de sangue de animais de laboratório infectados ou pacientes com doença aguda;
- Contato com mucosas durante a manipulação de material biológico contendo parasitos vivos (amostras para cultura de *T. cruzi*, líquidos de pacientes com alta parasitemia, vetores e animais de laboratório infectados),

Nesses casos, o tratamento profilático pode ser indicado pelo profissional médico e baseada no risco de aquisição da doença, podendo ser estendida, se necessária, para o tempo de tratamento total preconizado para tratamento convencional ou por período mínimo de 10 dias.

Antes do início do tratamento medicamentoso, recomenda-se a realização de exames sorológicos e parasitológicos de acompanhamento.

5.3 Tratamento de suporte

O afastamento das atividades laborais, bem como recomendação de dieta específica e avaliação para possibilidade de internamento, fica a critério médico.

Uso de bebidas alcoólicas é proibido durante o tratamento, pelo efeito antabuse na interação do álcool com o benznidazol. A internação hospitalar é indicada em casos de maior comprometimento geral, cardiopatia de moderada a grave, quadros hemorrágicos e meningoencefalite.

5.4 Orientações para devolução, remanejamento e descarte do medicamento não utilizado

- Na ausência de confirmação diagnóstica, quando houver interrupção da indicação do tratamento empírico ou quando este for suspenso em decorrência de reação adversa grave ou de evento adverso que, mesmo após manejo clínico adequado, impeça sua continuidade, o município deverá comunicar imediatamente o fato a Regional de Saúde, que comunica ao GT Chagas/DIVEP, informando a situação do medicamento disponibilizado.
- Quando o medicamento não tiver sido dispensado ao paciente e sua integridade, rastreabilidade e condições adequadas de armazenamento puderem ser comprovadas, poderá ser avaliada a possibilidade de devolução ao estoque estratégico ou remanejamento, mediante autorização da DASF/CAFAB e ciência do GT Chagas/DIVEP.
- O medicamento que tiver sido dispensado ao paciente, levado à sua residência ou cujas condições de conservação e cadeia de custódia não possam ser comprovadas, não poderá ser reintegrado ao estoque nem remanejado para outro paciente. Nesses casos, o paciente deverá ser orientado a devolvê-lo à unidade municipal de saúde, que providenciará o descarte conforme o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) e a legislação sanitária e ambiental vigente.
- O município deverá encaminhar à Regional de Saúde cópia do Manifesto de Transporte de Resíduos – MTR e do Certificado de Destinação Final – CDF, acompanhados de termo ou relatório de descarte contendo, no mínimo, o nome e a apresentação do medicamento, lote, validade, quantidade descartada, motivo da inutilização e data do recolhimento, devidamente assinado pelo farmacêutico responsável pela unidade e pelo responsável pelo recolhimento do resíduo

6. CRITÉRIOS DE CURA

Não são definidos com exatidão critérios de cura de pacientes com DCA, sendo a avaliação da negativação sorológica o critério para considerar a cura sorológica nessa fase. Em casos agudos, recomenda-se realizar exames sorológicos (IgG) anualmente, por 5 anos, devendo-se encerrar a pesquisa quando dois exames sucessivos forem não reagentes. Além disso, é recomendado controle clínico de alterações cardíacas e digestivas para orientação ao paciente sobre a evolução de sua doença.

7. SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO ESPECÍFICO PARA DOENÇA DE CHAGAS

A solicitação do medicamento para o referido agravo deve ser realizada pelos municípios diretamente à Regional de Saúde - Assistência Farmacêutica de abrangência.

1. O município encaminhará os seguintes documentos do paciente para a regional de saúde:

RG, receita médica **(com o peso do paciente informado),** exames laboratoriais de diagnóstico para DC e ficha de notificação de doença de Chagas aguda (SINAN) ou crônica (e-SUS Notifica, ficha de notificação disponível no portal do Ministério da Saúde https://www.vs.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2023/02/Ficha-de-Notificacao-Chagas-Cronica.pdf)

2. O município deverá encaminhar a solicitação à Assistência Farmacêutica da respectiva Regional de Saúde, com cópia para a Vigilância Epidemiológica (VIEP) regional. Caberá à Assistência Farmacêutica da regional realizar a conferência da documentação apresentada e verificar a conformidade da prescrição quanto ao medicamento indicado, à dose, à posologia e à duração do tratamento, observando os critérios e as recomendações estabelecidos no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da Doença de Chagas, conforme orientações apresentadas nesta Nota Técnica.

3. Após a validação da etapa anterior, a Assistência Farmacêutica da Regional de Saúde deverá preencher a planilha-modelo (Anexo 1) e encaminhá-la à DASF/CAFAB, por meio do endereço eletrônico dasf.afbasica@saude.ba.gov.br.

As regionais que possuem estoque estratégico poderão solicitar concomitantemente o ressuprimento mensal no Sistema Integrado de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica (SIGAF), considerando a necessidade identificada de reposição, não devendo aguardar o esgotamento do estoque existente para esse pedido. A definição de uma data específica para a solicitação mensal não impede o encaminhamento de pedidos complementares ao longo do mês, desde que devidamente justificados e fundamentados na necessidade identificada.

A avaliação clínica, a indicação do tratamento e a prescrição são de responsabilidade do médico assistente.

4. Na ausência de estoque estratégico, a Assistência Farmacêutica da Regional deverá seguir o fluxo regular de solicitação junto à DASF/CAFAB, qual seja:

a) Enviar planilha excel modelo (APÊNDICE 1) devidamente preenchida, com o paciente validado (aprovado nos requisitos descritos no item 2. desta Nota Técnica)

b) Realizar o pedido no Sistema Integrado de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica – SIGAF

5. Municípios vinculados à Regional de Saúde de Salvador devem solicitar o tratamento à DASF/CAFAB, registrando o pedido no SIGAF e enviando a planilha modelo para dasf.afbasica@saude.ba.gov.br. A retirada do medicamento pelo município será liberada na CEFARBA, após a autorização no sistema.

ATENÇÃO: Excepcionalmente, nos casos em que o paciente estiver hospitalizado, a unidade deve realizar a solicitação do tratamento diretamente à DASF/CAFAB, a qual, procederá à sua autorização, visando agilizar à disponibilização do medicamento. Unidades com SIGAF ativo devem realizar o pedido no sistema e comunicar por e-mail (dasf.afbasica@saude.ba.gov.br), anexando a documentação exigida no item 1. Unidades sem SIGAF necessitarão fazer contato por e-mail para realizar o cadastro.

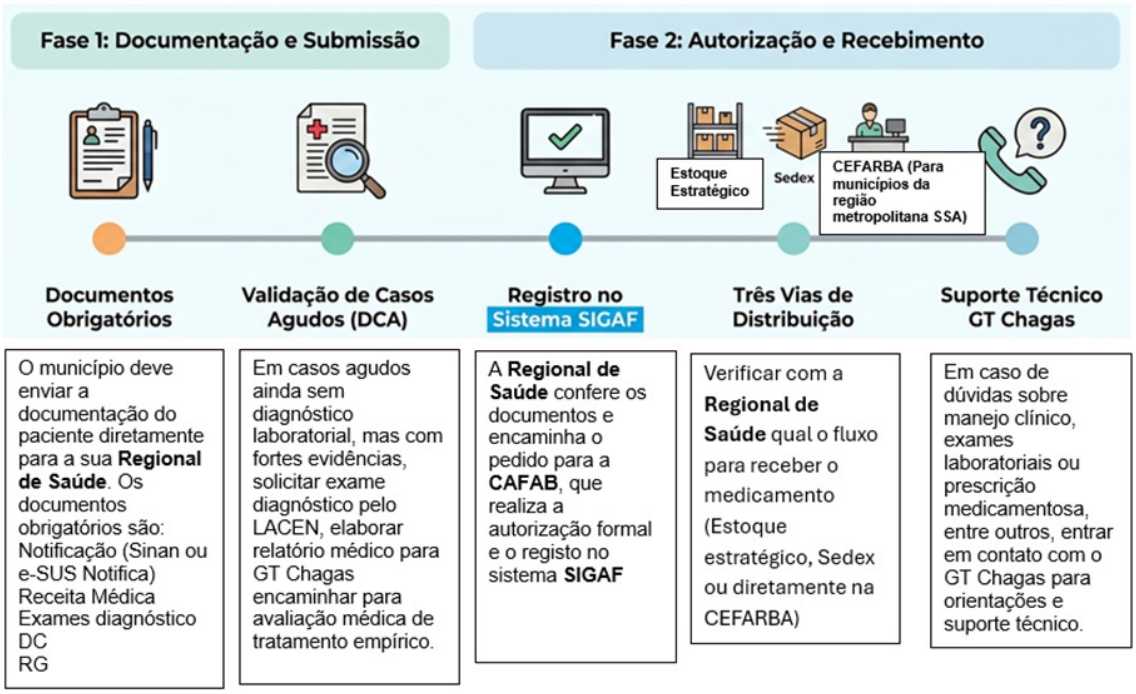
6 . Nos casos suspeitos de Doença de Chagas Aguda (DCA) com indicação de tratamento empírico, a solicitação do medicamento deve ser formalizada mediante apresentação de Relatório Médico, contendo a descrição detalhada do quadro clínico e as evidências que justificam o pedido.

Caberá à Regional de Saúde avaliar e validar a solicitação, em conformidade com as diretrizes estabelecidas no **item 5.1 desta Nota Técnica**. Em caso de dúvidas técnicas, a Regional deve consultar o Grupo Técnico (GT) de Chagas/DIVEP.

. Recomenda-se que a ficha de notificação seja encaminhada de acordo com a fase da doença, aguda ou crônica, informando o número da notificação e data da notificação.

ATENÇÃO: Em caso de dúvidas relacionadas à prescrição medicamentosa, à solicitação e/ou interpretação de exames laboratoriais para diagnóstico, bem como ao manejo clínico dos casos, podem encaminhá-las ao GT Chagas, de segunda a sexta-feira, em horário administrativo. Ademais, as referências técnicas das Regionais de Saúde também poderão realizar o suporte técnico junto aos seus municípios de abrangência.

FLUXO SOLICITAÇÂO MEDICAMENTO DOENÇA DE CHAGAS



Fonte: Elaborado pelas autoras (2026).

8. EVENTOS ADVERSOS ASSOCIADOS AO USO DO ANTIPARASITÁRIO

No tratamento com benznidazol, a frequência de eventos adversos é de cerca 53%, destacando dermatites e rash cutâneo (30 a 44%), parestesias (10,3%), artralgias (8,1%) e intolerância gastrointestinal (13,3%) e alopecia (0,9%). Em geral, não necessita interromper o tratamento. Complicações graves, como depressão da medula óssea com neutropenia, são possíveis.

Alguns sintomas como as parestesias afetam a dinâmica e qualidade de vida, podendo persistir alguns meses após o tratamento. Exposição ao benznidazol em gestantes não indicam efeitos adversos ao recém-nascido, todavia, devido a evidência de teratogenicidade em animais, o tratamento com benznidazol está contraindicado na gestação e desaconselhado ao longo da amamentação.

Devido ao risco de toxicidade de medula óssea, recomenda-se monitorar os paciente em uso de benznidazol com hemograma completo mensalmente até o fim do tratamento.

Abaixo, o **Quadro 5** traz os principais efeitos adversos do benznidazol e condutas recomendadas:

Benznidazol						
Manifestações/ efeitos adversos	**Aparecimento/ período do tratamento**	**Características**	**Localização**	**Intensidade**	**Conduta**	**Medidas complementares**
Dermopatia por hipersensibilidade é o mais frequente. **NÃO** é dose-dependente e **NÃO** se relaciona com *T. cruzi* Recuperação sem sequelas	10º dia de tratamento, podendo ocorrer mais precocemente ou mais tardiamente	Eritema polimorfo não bolhoso, pruriginoso, seguindo-se de descamação Raramente ocorre onicólise	Focal (restrita a parte do tegumento) ou generalizada	Leve (geralmente focal)	Continuar o tratamento	Tratamento específico para desidratação e descamação cutânea orientado por dermatologista Internação, de acordo com o quadro clínico
				Moderada (focal ou generalizada)	Continuar o tratamento com associação de baixa dose de corticosteroide (5mg de prednisona ou equivalente) Interromper se houver piora	
				Grave (geralmente acompanhada de febre e linfoadenomegalia)	Interromper o tratamento Utilizar corticosteroide	
Polineuropatia periférica. Dose-dependente, de regressão lenta (meses)	Final do tratamento	Dor e parestesia	**Regiões plantares (mais frequente) e palmares**	**Leve a moderada**	Interromper o tratamento	Tratamento geral para polineuropatia periférica orientado por neurologista
Ageusia (rara) Recuperação sem sequela	Final do tratamento	Perda total ou parcial do paladar	-	-	Interromper o tratamento	-
Depressão da medula óssea, com recuperação sem sequela	Entre o 20º e o 30º dias de tratamento	Leucopenia com neutropenia de variados graus, podendo chegar a agranulocitose	-	Interromper o tratamento		Tratamento geral para depressão da medula óssea orientado por hematologista
A intolerância digestiva (rara) é controlada com medicação habitualmente utilizada para gastrite e úlceras pépticas. Acometimento hepático grave é raramente descrito. Acometimento renal não tem sido observado.						

Fonte: II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas (2015).

8.1 Farmacovigilância: Notificação da reações adversas ao tratamento para doença de Chagas

Espera-se uma frequência representativa de reações adversas ao tratamento da doença. Nesse contexto, a farmacovigilância é essencial para garantir a segurança do tratamento disponível, identificando e gerenciando reações adversas, além de contribuir para a melhoria contínua do tratamento e a proteção dos pacientes.

Recomenda-se que todo paciente que iniciar o tratamento específico para a doença de Chagas seja orientado pelo médico assistente a procurar a unidade de saúde, caso apresente qualquer reação adversa durante o tratamento. Nessas situações, o profissional de saúde deverá acessar e preencher a **Ficha de Notificação de Eventos Adversos e Farmacovigilância do Tratamento Específico para Doença de Chagas**, disponível no link: NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS E FARMACOVIGILÂNCIA DO BENZONIDAZOL – Preencher o formulário

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O exame parasitológico direto (esfregaço sanguíneo, exame a fresco, strout, gota espessa); ELISA (IgG), Quimioluminescência (CLIA) e IFI IgG são técnicas realizadas pelo LACEN unidade central, Laboratórios Municipais de Referência Regional (LMRR) e Laboratório Estadual de Referência Regional (LERR). O exame IFI IgM é realizado pelo laboratório de referência nacional (FUNED), encaminhado pelo LACEN.

Para o diagnóstico laboratorial da forma crônica da doença de Chagas, não é necessário o envio da ficha de notificação junto às amostras, uma vez que a notificação deve ser realizada apenas após a confirmação laboratorial do caso. Já nos casos agudos, as amostras devem ser encaminhadas junto com a ficha de notificação. Conforme o protocolo de notificação, todos os casos crônicos confirmados requerem a realização de busca ativa entre os familiares residentes no mesmo domicílio, com o objetivo de realizar a testagem para a doença de Chagas nos contatos.

REFERÊNCIAS

CARVALHO, Noemia Barbosa; ATALA, Magda Maya; LEITE, Ruth Moreira; YASUDA, Maria Aparecida Shikanai. **Manual de atendimento a pacientes com doença de Chagas: atenção básica 2014/2015.** São Paulo: Faculdade de Medicina USP, 2015. Disponível em: http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/publicacoes/Manual_DChagas_24Fev2016_onlinePortugues.pdf. Acesso em: 31 mai. 2020.

DIAS, João Carlos Pinto *et al*. **II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015*.** Epidemiol. Serv. Saúde, 7 Brasília, 25(núm. esp.): 7-86, 2016. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679497420160005000007. Acesso em: 10 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Ministerial de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017.** Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde. Edição: Suplemento 190, Seção: 1, Página: 288. Brasília, DF: Presidência da República, 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0004_03_10_2017.html. Acesso em 10 mai. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Doenças Transmissíveis. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Secretaria ade Vigilância em Saúde. **Nota Informativa nº 150/2018**. Define fluxo de envio e dispensação do medicamento Nifurtimox 120 mg para tratamento da doença de Chagas. Brasília, 08 de jun. 2018. [Documento não disponível].

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Doença de Chagas** , Nº 397, Brasília: Ministério da Saúde, outubro de 2018. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Protocolos/Relatorio_PCDT_Doenca_de_Chagas.pdf. Acesso em: 19 mai. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde: volume único** [recurso eletrônico] – 3ª. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_1ed_atual.pdf. Acesso em: 15 mai. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Ministério da Saúde nº 1061, de 18 de maio de 2020.** Altera a Portaria de Consolidação nº 4/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir a doença de Chagas crônica, na Lista Nacional de Notificação Compulsória em todo o território nacional. Edição: 102, seção: 1, página: 229. Brasília, DF: Presidência da República, 2020. Acesso em: 13 jun. 2020. Disponível em: https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=29/05/2020&jornal=515&pagina=229. Acesso em: 29 mai. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria GM/MS nº 1102, de 13 de maio de 2022** e altera o Anexo 1 do Anexo V à Portaria de Consolidação GM/MS nº 4, de 28 de setembro de 2017. Edição: 91, Seção: 1, Página: 66.,Brasília, DF: Presidência da República, 2022. Disponível em: https://in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.102-de-13-de-maio-de-2022-400069218. Acesso em: 29 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde** [recurso eletrônico] – 5. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigilancia/guia-de-vigilancia-em-saude-volume-2-6a-edicao/@@download/file. Acesso em: 15 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde e Ambiente Guia de vigilância em saúde** : volume 2 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Departamento de Ações Estratégicas de Epidemiologia e Vigilância em Saúde e Ambiente. – 6. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2024. 3 v. : il. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_v2_6edrev.pdf. Acesso em: 25 nov. 2024.

APÊNDICE 1



Esquema por de Peso (Comprimidos/dia)

Adultos: 5mg/kg/dia, 1 a 3x/dia, por 60 dias. A partir de 60 kg: 3 comprimidos/dia, pelo número de dias equivalente ao peso do paciente. **Limite máximdo tratamento: 80 dias** (ou seja, pacientes com 80 kg ou mais tratam por no máximo 80 dias com 300mg/dia).

Crianças: 5 a 10 mg/kg/dia, 2x/dia, por 60 dias.

Esquema Prático da "Regra dos Dias pelo Peso"

Para pacientes com **peso acima de 60 kg**, para não ultrapassar a dose diária máxima de segurança (300mg/dia), o PCDT autoriza fixar a dose em 300mg/dia e estender o número de dias de tratamento conforme o peso em quilos:

Dias de tratamento = Peso do paciente (kg)

Exemplo (paciente de 70 kg): 3 cp de 100 mg por dia (300 mg/dia) durante **70 dias** (em vez dos 60 dias padrão).

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Vigilância em Saúde/ Ministério da Saúde

Mês Base da Dispensação*

ex: Outubro 2026

*Preenchimento obrigatório

Relatório para monitoramento e controle logístico do medicamento para CHAGAS

Nº Regional de Saúde	Município	Iniciais do usuário*	Data de Nascimento (DD/MM/AAAA)	Sexo (M/F)	Peso (kg)*	Nº da Notificação*	SINAN ou e-SUS Notifica?	Data da dispensação (DD/MM/AAAA)*	Quantidade Dispensada (cp)*	Dados da Prescrição (Medicamento, dose, posologia e tempo de tratamento)*	Observação / Justificativa	
18ª	*Jacobina*	*C.S.D.B*	*16/12/1982*	*M*	*100*	*2E+05*	*e-SUS*	*5/10/2026*	*240*	*Benzonidazol 100mg, 8/8h, 80dias*	*Validado conforme a regra dos dias de Peso*	(Exemplo)

Assinatura do responsável pelo preenchimento

e-SUS notifica = utilizado para notificar chagas crônico

SINAN = utilizado para notificar chagas agudo

Documento assinado eletronicamente por **Arabela Leal e Silva de Mello**, **Diretor**, em 09/11/2026, às 18:07, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 13º, Incisos I e II, do Decreto nº 15.805, de 30 de dezembro de 2014.

Documento assinado eletronicamente por **Claudia Daniela Santos Souza**, **Diretor(a) de Assistência Farmacêutica**, em 10/11/2026, às 12:05, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 13º, Incisos I e II, do Decreto nº 15.805, de 30 de dezembro de 2014.

Documento assinado eletronicamente por **Vania Rebouças Barbosa Vanden Broucke**, **Diretor**, em 10/11/2026, às 17:58, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 13º, Incisos I e II, do Decreto nº 15.805, de 30 de dezembro de 2014.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://seibahia.ba.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **00147693983** e o código CRC **AB5F030F**.

Referência: Processo nº 019.9128.2026.0161466-67 SEI nº 00147693983